



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall av psykoterapi:
En systematisk litteraturgjennomgang*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Anders Bolstad

Vår 2017

Forord

Tidlig på profesjonsstudiet fikk jeg interesse for placeboeffekten og dens betydning for bedring ved psykoterapeutisk behandling. Jeg har siden da holdt frem at jeg skulle skrive hovedoppgave om dette temaet. På et senere tidspunkt ble jeg anbefalt boken "Persuasion and healing – a comparative study of psychotherapy" av Jerome D. Frank. Boken bidro til å forsterke min fascinasjon av flere fellesfaktorer som kan sies å være relatert til placeboeffekten (f.eks. overtalelse, forventning og tro). Senere i studiet hadde vi forelesninger om fellesfaktorer og vi ble vist grafer som antydte at spesifikke faktorer og terapeutens erfaring var av overraskende liten betydning. Fellesfaktorer, ekstraterapeutiske faktorer og ikke-forklart varians tok langt større plass enn hva jeg hadde forventet. Samtidig som det tæret på min tillit til faget, styrket det min teori om at en form for placeboeffekt var av stor betydning for bedring ved psykoterapeutisk behandling. Nå som hovedoppgaven er ferdig skrevet, er jeg ikke like sikker. Utfallet av oppgaven ble ikke som forventet og slik ser det også ofte ut til å være med utfallet av psykoterapi.

Bergen 25.04.2017

Anders Bolstad

Veileder: Ingrid Dundas

Abstract

The role of placebo in psychotherapy is a complex topic on which many have expressed their opinion in the past century. Irving Kirsch (1997) is among those that claim placebo effects are responsible for much of the improvement that come about through psychotherapy. He goes on to claim that the placebo is the result of response expectations. In the case of psychotherapy, response expectancies are best described as outcome expectancies. In 2011, Constantino et al. published a thorough systematic review and meta-analysis of the relationship between outcome expectancy and outcome of psychotherapy. They concluded that there is a weak but significant positive relationship. In a continuation of their work, this is a systematic review of studies published since and up until today. Nine relevant studies were identified and examined. Among them there were five studies that found a significant positive relationship between outcome expectancy and outcome, where two of those only found partial support. Among the remaining studies, four found no relationship and one found a negative relationship (low expectations, better outcomes).

Sammendrag

Placeboeffektens rolle i psykoterapi er et komplekst tema som mange har uttalt seg om det siste århundret. Irving Kirsch (1997) er en av dem som mener placebo har mye av æren for bedring ved psykoterapeutisk behandling og han hevder placeboeffekten skyldes responsforventninger. Der tilfellet er psykoterapi svarer responsforventninger til utfallsforventninger. Constantino et al. gjorde i 2011 en omfattende litteraturgjennomgang og metaanalyse om sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall av psykoterapi. De konkluderte med en svak, men signifikant sammenheng. I en forlengelse av deres arbeid er dette en systematisk litteraturgjennomgang av studier publisert siden den gang. Ni relevante studier ble identifisert og gjennomgått. Blant dem var det fem studier som fant en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall, hvorav 2 av dem kun fant delvis sammenheng. Blant resterende studier var det fire som fant ingen sammenheng og en studie hvor det ble funnet en negativ sammenheng (lave forventninger, bedre utfall).

Innholdsfortegnelse

Forord.	i
Abstract.	ii
Sammendrag.	iii
Innholdsfortegnelse.	iv
Bakgrunn.	1
Metode.	7
Resultater.	12
Diskusjon.	23
Konklusjon.	42

Bakgrunn

Forventninger og psykoterapi

De fleste pasientene møter til første behandlingstime med en del forventninger. Disse forventningene kan være knyttet til innholdet i behandlingen (f.eks. samtaletema, fordeling av taletid, bruk av skjema og verktøy, behandlingens varighet, rådgivning og roller).

Forventningene kan også være knyttet til behandlingens effektivitet og i hvilken grad behandlingen vil medføre bedring av deres psykiske helse og/eller livskvalitet. Her skilles det gjerne mellom behandlingskredibilitet og utfallsforventninger (UF). Constantino, Penek, Bernecker og Overtree (2014) argumenterer for et skille mellom disse to konseptene på følgende måte:

Although there is often overlap between treatment credibility and treatment expectancy, treatment credibility does not necessarily predict expectations about outcome, as it is possible to understand and agree with a program's rationale while still expecting that it will not personally be helpful (2014, s. 239).

Etter en rask gjennomgang av relevant forskningslitteratur ble det funnet et stort utvalg overlappende begreper og konsepter i omtale av ulike aspekter ved pasienters forventninger (f.eks. role expectancy, treatment expectancy, outcome expectancy, treatment credibility, self-efficacy expectancy og duration expectancy). En kan argumentere for at flere av disse konseptene omtaler ulike fenomener, men innholdet i måleinstrumenter som anvendes antyder ofte store overlapp. I noen tilfeller omtales eksempelvis uavhengig variabel som "outcome expectancy", mens måleinstrumentet som brukes for å kartlegge dette har navnet "Treatment Credibility

Scale" og inneholder spørsmål som angår pasientens opplevelse av behandlingens rasjonale (Hedman et al., 2012).

Viktigheten av forskning på utfallsforventninger

De siste 30 årene har en sett et voksende fokus på fellesfaktorer i psykoterapi. Det vil si faktorer som ikke er spesifikke for den aktuelle behandlingsmodellen som anvendes og som kan sies å finne sted i alle psykoterapeutiske behandlingsmetoder. Blant disse finner en pasientens karakteristikk. Uavhengig av psykoterapeutisk behandlingsmetode møter pasienten til første time med en rekke karakteristikk som ikke nødvendigvis er knyttet til en eventuell psykisk lidelse, men som allikevel vil kunne påvirke behandlingens forløp og utfall. Blant disse faktorene er pasientens utfallsforventning før terapien tar til. Mange av pasientens karakteristikk er delvis eller fullstendig rigide (f.eks. etnisitet og kjønn). Dette ser ikke ut til å være tilfelle for forventninger, som heller ser ut til å være høyst påvirkelig (Nock & Kazdin, 2001). Det er blant annet forsøkt å påvirke forventninger gjennom en introduksjon til psykoterapi presentert i tekst, lyd og/eller video (Tinsley, Bowman, & Ray, 1988). Forventningen som er manipulert i disse og lignende studier er dog bedre beskrevet som behandlingsforventninger og angår forventninger til behandlingens innhold, varighet og roller. Det kan allikevel tenkes at utfallsforventninger påvirkes indirekte når pasienters forventninger til behandlingens innhold endres.

I sin omtale av forventninger og utfallsforventninger har enkelte gått så langt som å hevde at forventninger er del av hovedmekanismen som medfører endring i psykoterapeutisk behandling (f.eks. Fish, 1973; Shapiro, 1981). I presentasjonen av sin teori "response expectancy theory" hevder Irving Kirsch (1997) at placeboeffekten skyldes forventninger (responsforventninger) og at placeboeffekten skal ha æren for en betydelig del av endringer som forekommer som resultat av psykoterapeutisk behandling. Kirsch (1997) definerer

responsforventninger som en persons forventning til egne automatiske reaksjoner på forskjellige situasjoner og atferder. For eksempel: der en person forventer å bli roligere av et medikament, eller bli mer våken av en kopp kaffe, er dette hans/hennes responsforventning.

På lignende vis, men i mer ekstrem grad, har Jefferson M. Fish hevdet stor betydning av forventninger og placeboeffekten ved psykoterapeutisk behandling. I 1973 publiserte han boken "Placebo Therapy" hvor han presenterer sin egen behandlingsmodell. Denne behandlingsmodellen er basert utelukkende på metoder som har til hensikt å forsterke placeboeffekten gjennom manipulering av pasientens behandlings- og utfallsforventninger (Fish, 1973). I denne behandlingen gjør behandler det han/hun kan for å bli ansett, i pasientens øyne, som en autoritet og ekspert. Dette har til hensikt å øke behandlers anledning til å påvirke pasienten. Videre, gjennom en grundig granskning av pasientens historie og utforskning av pasientens atferd og symptomer, styrkes pasientens forpliktelse til prosessen og tro på behandlingens effektivitet. Prosessen har til hensikt å kommunisere at så snart behandler vet hva som er årsaken til problemet, kan han/hun kurrere pasienten. Behandlingen må inneholde det som fremstår som en aktiv komponent og denne komponenten kan variere, helst med grunnlag i pasientens tilbøyelighet til aktuelle teknikker. Blant annet anvendte Fish (1973) det han refererte til som atferdsterapi, suggesjon og hypnose. Fish (1973) hevdet også at det var viktig at pasienten opplevde at det først og fremst var egeninnsats som medførte resultater.

I motsetning til Fish (1973) har Kirsch (1997) en del støtte å vise til i forskningslitteratur. Blant annet viser Kirsch til en studie av Fillmore og Vogel-Sprott (1992). I denne studien fikk deltakere i to grupper ulik informasjon om effekten av koffein på motorisk prestasjon. Mens en gruppe fikk vite at koffein med stor sannsynlighet ville øke responstiden og nøyaktigheten på oppgaven, fikk den andre vite det motsatte, at koffein ville gjøre dem mindre presise og raske på

oppgaven. En tredje gruppe fikk ingen informasjon. Resultatene viste at deltakerne, etter å ha inntatt placebo koffein, presterte raskere/tregere og mer presist/upresist enn på pre-test, og det i henhold til hvilken informasjon de hadde mottatt før placebo koffein ble introdusert. Dette ledet forskerne til å konkludere med at informasjonen som ble gitt påvirket forsøkspersonenes responsforventning, som i tur påvirket de spesifikke effektene av placeboeffekten (Fillmore & Vogel-Sprott, 1992). Det er ikke utenkelig at lignende mekanismer kan finne sted i psykoterapi, slik Kirsch hevder.

Det er flere grunner til å forvente en sammenheng mellom forventninger og utfall ved psykoterapeutisk behandling. Pasientens forventninger kan tenkes å reflektere holdninger eller atferd, for eksempel hvor mye innsats pasienten tenker å legge i behandlingen, i hvor stor grad han/hun vil møte opp til avtaler, sannsynligheten for tidlig avslutning (frafall), i hvor stor grad han/hun vil gjennomføre hjemmelekser og i hvilken grad pasienten er villig til å åpne seg om vanskelige tema. Forventningene kan også tenkes å virke mer direkte inn på utfallet, slik som i eksperimentet som Kirsch (1997) henviser til, der forventningene om å prestere bedre på testen etter inntak av koffein, førte til faktisk bedret prestasjon. Uansett hvordan forventninger eventuelt virker på utfallet, vil det være av stor klinisk interesse å avklare om pasientens forventninger før de begynner behandlingen faktisk påvirker utfallet i terapi, og i hvor stor grad dette skjer.

Tidligere forskning

Mange har undersøkt sammenhenger mellom ulike typer forventninger og ulike utfallsvariabler som allianse, tilfriskning og frafall. Blant eldre forskning på sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning, finnes en rekke studier som hevder å ha påvist signifikant sammenheng (Goldstein & Shipman, 1961; Sotsky et al., 1991; Tollinton,

1973). Samtidig finnes eksempler hvor en ikke har lyktes med å påvise en signifikant sammenheng (f.eks. Brady, Reznikoff.& Zeller, 1960). Studien av Brady et al. (1960) har i etterkant høstet kritikk for å ha benyttet projektive tester, spørreskjema med åpne spørsmål og behandlers vurdering som eneste utfallsmål. Forskningen fra denne perioden kan ta deler av æren for at flere har gått ut og tatt til orde for en solid sammenheng mellom utfallsforventninger og tilfriskning (Kirsch, 1985; Kubie & Frank, 1961; Shapiro, 1981).

Forholdet mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning er ikke nødvendigvis lineært og med positivt fortegn. I 2001 ble det publisert en systematisk litteraturgjennomgang av Noble, Douglas og Newman. De konkluderte med at sammenhengen mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning er kurvelineær. Det vil si at moderate utfallsforventninger var assosiert med positive utfall sammenlignet med svært høye eller lave utfallsforventninger (Noble, Douglas, & Newman, 2001). Andre igjen har hevdet at en positiv lineær sammenheng er mer beskrivende – høyere utfallsforventninger predikerer bedre utfall (Goldstein & Shipman, 1961; Sotsky et al., 1991). Overraskende nok finnes det også de studier som har påvist en negativ sammenheng mellom utfallsforventning og symptomatisk tilfriskning (Greer, 1980 i Constantino et al., 2011). Det vil si at lavere utfallsforventninger var assosiert med mer positive utfall.

Etter tusenårsskiftet har det blitt publisert en lang rekke relevante studier som kan bidra til å belyse hvorvidt det finnes en sammenheng mellom utfallsforventning og tilfriskning, og eventuelt si noe om styrken og retningen av en slik sammenheng. I bokkapittelet "Expectations" i boken "Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness" presenteres en litteraturgjennomgang og metaanalyse gjennomført av Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano og Smith (2011). Hensikten med deres metaanalyse var å undersøke hva forskning gjennom tidene og frem til 1. januar 2010 viste angående forholdet mellom utfallsforventninger og

symptomatisk tilfriskning ved psykoterapi. Metaanalysen var basert på 46 uavhengige utvalg bestående av totalt 8016 pasienter. Resultatet viste en signifikant, men svak sammenheng (vektet effektstørrelse $d = .24$, $p < .001$).

Det ser ut til å være stor variasjon i resultatene på tvers av studier. De varierende resultatene kan potensielt forklares av at sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall er mer sammensatt enn først antatt.

Problemstilling for denne hovedoppgaven

Med utgangspunkt i Irving Kirsch sin artikkel fra 1997 kan man utlede følgende påstander:

1. Placeboeffekter finner sted i psykoterapi og kan ta vesentlig del av æren for bedringen ved positive utfall.
2. Der vi har informasjon eller erfaring som grunnlag, vil vi også ha responsforventninger knyttet til aktuelle stimuli. Det vil si forventninger til egne ikke-viljestyrte/automatiske reaksjoner som respons på en bestemt stimuli.
3. Placeboeffekter skyldes responsforventninger via en form for selvoppfylgende profeti.
4. Som følge av 1, 2 og 3: Forventninger til utfall ved psykoterapeutisk behandling har stor betydning for utfallet av behandlingen og det burde derfor kunne påvises en signifikant positiv sammenheng mellom de to variablene: utfallsforventning og utfall.

Påstand fire er utgangspunktet for, og hypotesen i, denne hovedoppgaven.

Det er nå omtrent 6 år siden studien av Constantino et al. (2011) ble publisert. Blant studiene inkludert i metaanalysen deres er ingen publisert etter 1. januar, 2010. Selv om

Constantino et al. (2011) konkluderte med en sammenheng, var denne svak og det var flere undersøkelser som reiste tvil om denne sammenhengens eksisterte. For eksempel kan en tenke seg at det finnes en publiseringsbias, der studier som ikke finner den forventede sammenheng mellom forventninger til utfall og faktisk utfall, forblir upubliserte. For at et uventet ikke-signifikant resultat skal bli tatt alvorlig innen forskningen, er en i praksis avhengig av at forskningen er gjennomført på et stort nok utvalg og med en god fremgangsmåte. Hvis en slik metodisk stringens mangler, vil mange redaktører, reviewere og andre avskrive resultatene, og de når ikke fram til publisasjon.

Ideelt sett burde en derfor også ha undersøkt også ikke-publiserte studier, men det er vanskelig å få til. I stedet har denne oppgaven til hensikt å undersøke om det er publisert overbevisende undersøkelser som kan kaste lys over om det er en sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall blant studier publisert etter 2010. Denne hovedoppgaven tar dermed sikte på å undersøke om det finnes nyere studier som kan bidra ytterligere til å fastslå om det er en sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning.

Metode

Fremgangsmåte for litteratursøket

Denne oppgaven tok for seg relevante studier publisert i perioden 1. januar, 2010 til 15. februar, 2017. Det tas utgangspunkt i samme definisjon av utfalls forventninger som i Constantino et al.: "Outcome expectations reflect patients' prognostic beliefs about the consequences of engaging in treatment" (2011, s. 3).

Jeg valgte å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang, men ikke en metaanalyse. Systematisk litteraturgjennomgang søker etter å unngå utvelgelsesbias gjennom å

ha en klar systematikk i utvelgelsen av studier som skal inkluderes. Søkeord og deres sammensetninger, søkemotorer og utvalgskriteriene er klart beskrevet i seleksjonsprosessen og det er normalt å forsøke ytterligere å forebygge utvelgelsesbias ved å anvende flere personer som selekterer individuelt og deretter undersøke interrater reliabilitet (Uman, 2011). Ved den aktuelle studien var det ikke mulig å forebygge seleksjonsbias på denne måten da jeg har arbeidet alene, under veiledning. Imidlertid har jeg forsøkt å oppfylle de andre kravene til en systematisk litteraturgjennomgåelse.

Seleksjon av databaser og studier

Databaser ble valgt på bakgrunn av relevans til temaet. Kun to databaser ble anvendt: PsychINFO og PubMed. Disse databasene ble valgt fordi de er omfattende, og dekker både psykologisk og medisinsk faglitteratur. Søket hadde til hensikt å finne studier publisert etter 1. januar, 2010 for å undersøke om nyere studier ikke inkludert i Constantino et al. (2011), kunne bidra til å besvare problemstillingen.

Utvalgskriteriene var at studier måtte: a) undersøke sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning, b) anvende mål av pasientens egne utfallsforventninger før behandlingsstart eller etter første møte med behandler, c) anvende målinger av symptomatisk tilfriskning like etter avsluttet behandling, d) involvere behandling i form av psykoterapi, e) være publisert etter 1. januar, 2010, f) anvende utvalg bestående av hovedsakelig voksne pasienter og g) være publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Studier ble ekskludert dersom studier hadde anvendt: a) utvalg bestående av ikke-kliniske grupper (f.eks. studenter), b) ikke-kliniske utfallsmålinger (f.eks. fysisk aktivitet), c) ikke-kliniske behandlingsformer (f.eks. lysterapi og selvhjelp) eller d) mål av utfallsforventninger sammenslått med målinger av tilgrensende fenomener (f.eks. "treatment expectations", "treatment credibility"

eller "role expectations"). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er inspirert av, men ikke identiske med de anvendt av Constantino et al. (2011). Studier ble ikke ekskludert på bakgrunn av opprinnelsesland. Det kunne vært hensiktsmessig å ekskludere studier hvor pasientene mottok medikamentell behandling. Eksempelvis kan det i slike studier være slik at forventninger som måles innbefatter pasientens forventning til medikamentell behandling. Der en pasient har stor tro på medikamentell behandling, men har liten til ingen tro på psykoterapi, vil denne pasienten potensielt kunne antyde høye forventninger til behandlingsutfall uten at dette reflekterer pasientens forventninger til den psykoterapeutiske behandlingen. Det viste seg dog at det blant aktuelle studier var få studier som oppga informasjon om medikamentell behandling overhodet. Enda færre delte inn utvalget i grupper basert på medikamentell behandling. Blant de ni studiene som gjenstod etter seleksjon, inneholdt fire av dem informasjon om medikamentell behandling. I en av disse ble dosering av medisiner holdt konstant fra start til slutt av datainnsamling (Hedman et al., 2012). Studier med bruk av eksperimentell manipulasjon av utfallsforventninger vil kunne si noe om sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning. Det er dog svært få slike studier, hvorav de som er publisert er publisert før 2010 (Tinsley et al., 1988; Walitzer, Dermen, & Connors, 1999).

Søkeord

Ulike sammensetninger av søkeord ble forsøkt med inspirasjon hentet fra Dew og Bickman (2005) og Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano og Smith (2011). I PsychINFO ble det søkt etter alle variasjoner av "expecta-" (expecta*) i kombinasjon med "therapy outcome" og/eller "treatment outcome" blant artikler publisert mellom 2010 og 2017. Tilsvarende søk ble gjort i PubMed, men da uten "treatment outcome". Dette fordi PubMed inneholder store mengder artikler som omtaler uaktuelle former for behandling ("treatment") og et slikt søk derfor ville gitt

langt flere irrelevante treff. Søk i PsychINFO og PubMed ble supplert med relevante artikler oppdaget i referanselistene til allerede inkluderte artikler.

Tabell 1

Database og søkeoversikt

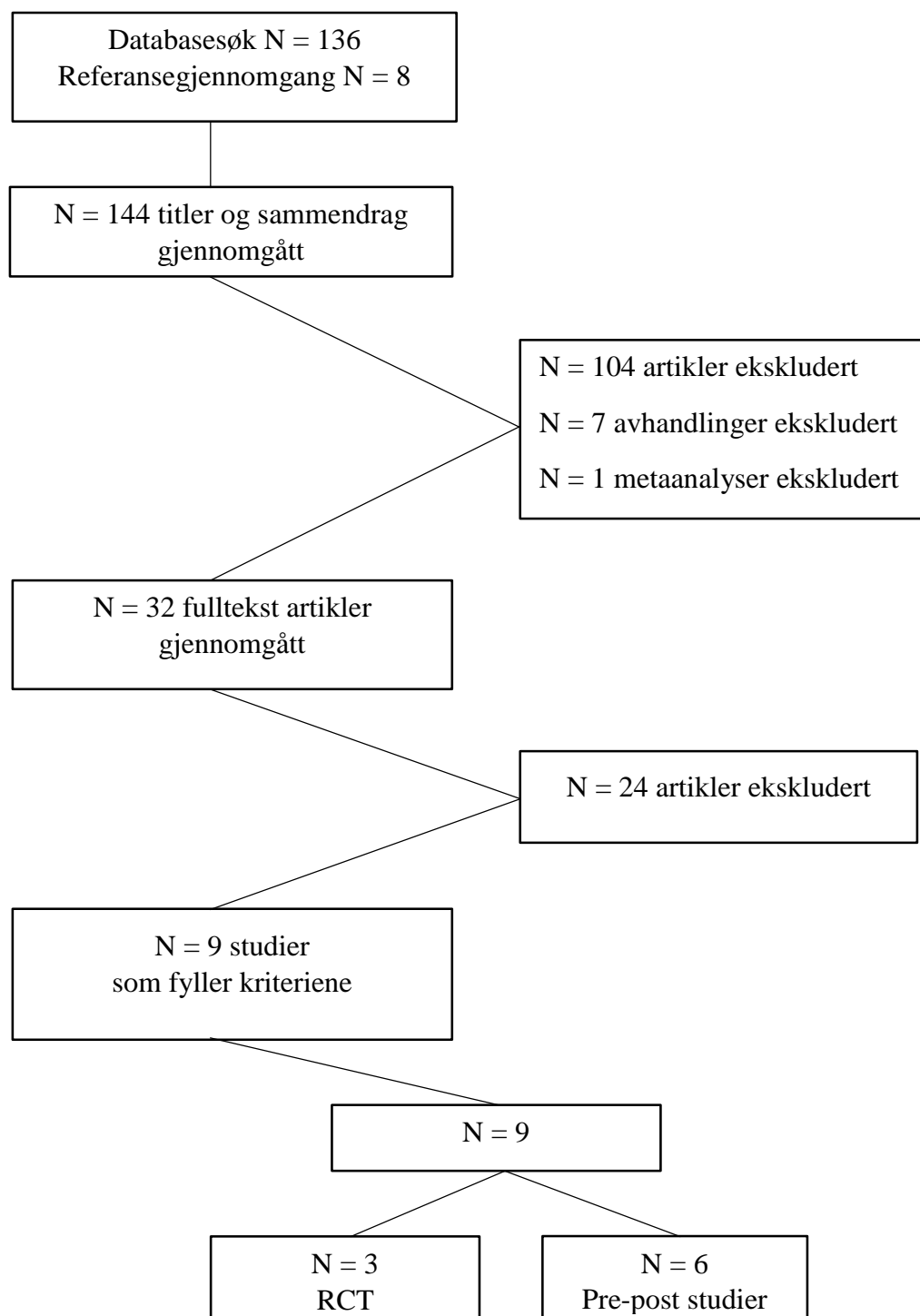
Database og årstall	Leverandør	Søkefelt	Resultat	Søkeord
PsychINFO 2010-2017	OvidSP	Tittel og/eller sammendrag og "subject headings"	123	"expecta*" AND "treatment outcome" OR "therapy outcome"
PubMed 2010-2017	OvidSP	Tittel og/eller sammendrag "subject heading word"	13	"expecta*" AND "therapy outcome"

Datainnhenting

Totalt ble 144 titler og sammendrag gjennomgått (figur 1). I denne delen av prosessen ble det undersøkt om artiklene omhandlet relevante konseptualiseringer av forventninger og utfall, om det ble undersøkt sammenhengen mellom de to variablene, om artikkelen allerede var inkludert, om det var en avhandling, samt andre faktorer som hadde betydning for relevans. Metaanalysen som ble ekskludert var publisert på italiensk. Blant de 144 var det 32 artikler som viste seg å være relevant og disse ble gjennomgått i fulltekst. Aktuelle opplysninger ble innhentet fra disse 32 artiklene og registrert i tabeller. Tabellene inkluderte blant annet informasjon om mål av forventninger, forventningstype, tidspunkt for mål, mål av utfall, utvalgsstørrelse, psykiske lidelser i utvalget, behandlingsmetode, studiedesign, alderssprang og kjønnsfordeling i utvalg, samt annen relevant informasjon som angikk utvalget.

Figur 1.

Fremgangsmåte litteratursøk



Notat. *Randomisert kontrollert studie

På bakgrunn av disse opplysningene og inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble ytterligere 24 artikler ekskludert og det gjenstod ni artikler med omtale av ni respektive studier.

Studiekarakteristikk for det endelige utvalget er presentert i tabell 2. Et flertall av studiene ble utført i USA og alle studiene ble utført i vestlige land. I tre av de ni studiene ble det benyttet et RCT design, mens de resterende studiene kan karakteriseres som pre-post studier. Utvalgsstørrelsen varierer i stor grad, fra 53 til 1347. Den gjennomsnittlige alderen i de respektive utvalgene var relativt jevn, med unntak av Snippe et al. (2015) som hadde en ganske høy gjennomsnittlig alder på 53,1. Studiene hadde en liten (52.0%) til stor (77.8%) overrepresentasjon av kvinner, med to unntak. Snippe et al. (2015) var atypisk med sine 49.0% kvinner og Hedman et al. (2012) med sine 35.7 % kvinner. En del av studiene var spisset mot en spesifikk psykisk lidelse (f.eks. depresjon), behandlet med en spesifikk psykoterapeutisk metode (f.eks. kognitiv atferdsterapi). Andre studier tok for seg et utvalg psykiske lidelser behandlet med ulike psykoterapeutiske metoder i en og samme studie.

Det var stor variasjon i mål av utfallsforventninger blant relevante studier. Samtidig hevdet mange av disse å måle det samme. I seleksjonsfasen ble det undersøkt hvilke måleverktøy som ble anvendt, innholdet i disse, og om det kunne sies å være et mål av utfallsforventninger slik det er definert her og i Constantino et al. (2011).

Resultater

Analysemetode varierer noe mellom studiene som er inkludert i denne hovedoppgaven. De fleste har anvendt en form for regresjonsanalyse (f.eks. lineær regresjon, regresjonsmodeller eller multipl regressjonsanalyse). Deres resultater er ofte oppgitt med beta-verdi (β) og "odds ratio" (OR). Disse verdiene hadde liten til ingen betydning for innholdet i denne oppgaven og det ble

derfor besluttet å ikke gjengi disse. En av studiene undersøkte om utførelse av hjemmelekser medierte forholdet mellom utfallsforventninger og utfallet av psykoterapi (Snippe et al., 2015). I en annen studie ble det undersøkt om unngåelse medierte forholdet mellom utfallsforventninger og utfallet (Renaud, Russell, & Myhr, 2013)

Det var stor variasjon i utvalg på tvers av de ni studiene. Utvalgsstørrelse varierte fra $N = 53$ til $N = 1347$. Gjennomsnittsalder varierte fra 34 år til 53 år. Alle undersøkelsene studerte depresjon og/eller angst-lidelser, mens tre av studiene også inkluderte andre lidelser (Beard et al., 2016; Delgadillo, Moreea, & Lutz, 2016; Leibert & Dunne-Bryant, 2015). Tidspunktet for måling av utfallsforventninger varierte. I fem av studiene ble mål innhentet før første møte med terapeuten. I to av studiene ble mål innhentet etter første behandlingstime. I en av studiene ble mål tatt ved flere tidspunkt (før første møte, etter første time, midt i behandlingen og ved slutten av behandlingen) (Snippe et al., 2015). I en av studiene var det ikke oppgitt når målingene ble innhentet (Jakubovski et al., 2016). Det var også stor variasjon i hvilke måleinstrumenter som ble brukt til å måle utfallsforventninger. I et flertall av studiene (fem av ni) ble det konstruert egne mål, med eller uten inspirasjon fra og referanse til tidligere forskning, som besvares på en numerisk skala. I tre av disse studiene ble det også brukt kun et enkelt spørsmål som mål på utfallsforventninger. Enkelte av studiene som har konstruert egne mål av utfallsforventninger, oppga indre validitet av disse målene, men det er heller unntaket enn regelen. I resten av studiene ble det brukt utdrag av standardiserte kartleggingsverktøy som Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ), Treatment Credibility Scale (TCS) og Treatment Expectancy Scale (TES). CEQ består av seks spørsmål hvor tre av dem er ment å måle opplevd kredibilitet og tre av dem er ment å måle forventet bedring (Deville & Borkovec, 2000). Et utdrag bestående av de tre spørsmålene som måler forventet bedring ble benyttet av Beard et al. (2016) og LeBeau (2013).

TCS består av fem spørsmål som er ment å måle opplevd kredibilitet, men inneholder spørsmål som kan sies å omhandle utfallsforventning ("How confident would you be that this treatment would be successful in eliminating fear of speaking before a group?"). Hedman et al. (2012) har allikevel valgt å bruke TCS som kombinert mål av opplevd kredibilitet og utfallsforventning.

TES består av kun et spørsmål ("Which of the following best describes your expectations about what is likely to happen as a result of your treatment?") og ble først brukt av Sotsky et al. (1991). Spørsmålet besvares på en 5-punkts skala (1 = I don't expect to feel any different, 5 = I expect to feel completely better).

Pre-post studier

I det følgende presenteres resultatene for hver av undersøkelsene, i kronologisk rekkefølge. I 2013 ble det publisert to relevante pre-post studier i henholdsvis USA og Canada. LeBeau, Davies, Culver og Craske (2013) hadde som mål å undersøke forholdet mellom "treatment expectancy" og "homework compliance" og i hvilken grad de to faktorene predikerte tilfriskning ved KAT-behandling av angstlidelser. Utvalget bestod av relativt få pasienter (N = 84) som møtte DSM-IV kriterier for ulike angstlidelser (sosial angst, panikk lidelse, generalisert angstlidelse, tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelse). Utfallsforventninger ble kartlagt etter første terapitime med et utdrag av CEQ bestående av 6 spørsmål som ble besvart på en Likert-skala. Alvorlighetsgrad av lidelsen som det ble søkt hjelp for ble målt ved semistrukturert klinisk intervju før og etter behandlingen. Hypotesen var at gjennomføring av hjemmeoppgaver ville mediere sammenhengen mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning. Deres endelige analyser viste en ikke-signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og gjennomføring av hjemmelekser, samt en ikke-signifikant sammenheng mellom utfallsforventning og symptomatisk tilfriskning. Det ble kun påvist en signifikant sammenheng

mellom "homework compliance" og symptomatisk tilfriskning. Oppsummert fant disse forskerne ingen støtte for en sammenheng mellom forventninger til terapien og utfallet. Det eneste som predikerte utfallet, var hvor mye hjemmelekser deltakerne hadde gjort (LeBeau et al., 2013).

Samme år, i Canada, ønsket Renaud et al. (2013) å undersøke om sammenhengen mellom utfallsforventninger og behandlingsutfall kunne ha noe å gjøre med hvor villig eller uvillig pasienten var til å utforske egne følelser i terapi. De antok at dersom terapeuten klarte å redusere unngåelse og øke pasientens involvering i terapi i starten, ville en tidlig negativ forventning til terapien ikke ha så stor effekt. Utvalget bestod av kun 53 pasienter med alvorlig depresjon som hoveddiagnose. Forskjell i depresjon før og etter behandling, målt med "Becks Depression inventory II" (BDI-II), utgjorde avhengig variabel. Mål av utfallsforventninger skiller seg her klart fra resterende studier da det, i tillegg til selvrappport, også ble kartlagt gjennom observasjon. Selvrappporterte forventninger ble kartlagt med et enkelt spørsmål skåret på en 5-punkts Likert-skala. Ordlyden i spørsmålet er ikke gjengitt i artikkelen. Skåringen av pasientens forventninger ble også gjort av et team bestående av pasienter, leger, studenter, sykepleiere og andre psykiatriansatte, som observerte pasientens inntaksintervju gjennom et enveis vindu. Korrelasjonen mellom observatørvurderte og selvrappporterte utfallsforventninger var høy ($r = .68, p < .05$) og den endelige variabelen bestod av et gjennomsnitt av observatørskåre og selvrappporterte utfallsforventninger. Resultatene viste at hverken utfallsforventninger eller unngåelse i seg selv predikerte utfall. Imidlertid predikerte interaksjonen mellom unngåelse og utfallsforventninger grad av bedring. Hos pasienter som var villig til å fokusere på og erfare sine følelser (dvs. hadde lave skårer på "unngåelse av følelser"), var faktisk *lave* forventninger til terapien forbundet med *bedre* resultater. Hos pasienter som var mer unngående, det vil si at de var mindre villige til å fokusere på og erfare egne følelser, var det ingen sammenheng

Tabell 2

Detaljert beskrivelse av inkluderte studier

Forfatter/år/land	Design	Utvalg*	Mål av UF	Lidelse	Behandling	Mål av utfall
Barber et al./2014/USA	RCT	149/37.8/60.1 %	SS (1)	Depresjon	SET	HRSD
Beard et al./2016/USA	Pre-post studie	956/34.7/57.0 %	CEQ	Depresjon	KAT	SOS
Delgadillo et al./2016/England	Pre-post studie	1347/37.9/65.6 %	SS (1)	Flere	KAT	PHQ-9, GAD-7
Hedman et al./2012/Sverige	RCT	126/35.5/55.6 %	TCS	Sosial angst	IKAT	LSAS
Jakubovski et al./2016/USA	Pre-post studie	1004/43.5/71.1 %	SS (1)	Angst-lidelser	KAT	PDSS, GADSS, SPIN, PCL-C
Lebeau et al./2013/USA	Pre-post studie	84/35.0/52.0 %	CEQ	Angst lidelser	KAT/AFT	CSR
Leibert et al./2015/USA	Pre-post studie	81/39.9/77.8 %	TES	Flere	Flere	OQ-45.2
Renaud et al./2013/Canada	Pre-post studie	53/38.2/56.6 %	SS (flere)	Depresjon	KAT	BDI-II
Snippe et al./2015/Nederland	RCT	91/53.1/49.0 %	SS (flere)	Diabetes/depresjon	KAT/MBKT	BDI-II

*Notat. *Utvalgsstørrelse (N)/gjennomsnittlig alder/prosentandel kvinner. ACT – Aksept og Forpliktelsesterapi; BDI-II – Beck's Depression Inventory-II; CSR – Clinical Severity Ratings; GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder 7; GADSS – 6-item Generalized Anxiety Disorder Severity Scale; HRSD – 17-item Hamilton Rating Scale for Depression; IKBT – Internett-basert Kognitiv Atferdsterapi; LSAS – Liebowitz Social Anxiety Scale; MDD – Major Depressive Disorder; OQ-45.2 – Outcome Questionnaire-45.2; PCL-C – 17-item Post-Traumatic Stress Disorder Checklist; PDSS – Panic Disorder Severity Scale-Self-report; PHQ-9 – Patient Health Questionnaire; SET – Dynamisk Støttende-Ekpressiv Psykoterapi; SOS – Schwartz Outcome Scale; SPIN – 17-item Social Phobia Inventory; SS (1) – studiespesifikt mål med kun et spørsmål; SS (flere) – studiespesifikt mål med flere spørsmål; SSCT – Suitability for Short-term Cognitive Therapy; TCS – Treatment Credibility Scale; TES – Treatment Expectancy Scale; UT – Utfallsforventninger.*

mellom utfallsforventninger og terapiutfall. Forfatterne konkluderte med at lave forventninger ikke var et hinder så lenge terapeuten klarte å få pasienten med på å utforske egne følelser.

Forfatterne argumenterer for at blandede resultater innen forskning på sammenhengen mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning kan forklares av at en ikke har tatt i betraktning grad av unngåelse blant pasientene (Renaud et al., 2013).

Oppsummert viste også denne undersøkelsen at forventninger til behandlingen ikke predikerte utfallet av behandlingen. Faktisk fant de motsatte resultater av det en kunne forvente for noen av pasientene: lave forventninger var en fordel fremfor et hinder (Renaud et al., 2013).

I 2015 ble en ny relevant pre-post studie publisert i USA. Leibert og Dunne-Bryant ønsket å undersøke hvilke av et utvalg fellesfaktorer som predikerte utfallet ved psykoterapeutisk behandling av psykiske lidelser. Utvalget bestod av 81 pasienter som mottok gratis individuell psykoterapeutisk behandling ved et "university counseling training center". Utfallsforventninger ble målt med et spørsmål hentet fra TES som tidligere skal være vist å predikere symptomatisk tilfriskning (Meyer et al., 2002 i Leibert et al., 2015). Ordlyden i spørsmålet var: "Which of the following best describes your expectations about what is likely to happen as a result of your treatment?". Spørsmålet skulle besvares på en 5-punkts skala (1 = "I don't expect to feel any different", 5 = "I expect to feel completely better"). Utfallet ble målt med Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2), som ifølge Leibert et al. (2015) har høy validitet, intern reliabilitet og høy test-retest reliabilitet. Mot deres forventninger fant forskere at utfallsforventninger predikerte mindre og ikke mer symptomlette. Igjen fant en altså at forventninger til behandlingen predikerte dårligere resultat av behandlingen. Det hevdes i artikkelen at "restriction of range" i mål av utfallsforventninger kan være en mulig forklaring (Leibert & Dunne-Bryant, 2015). Det innebærer at svært få deltakere rapporterte lave eller høye utfallsforventninger (85 % av pasienten rapporterte nøytrale eller svakt ladede utfallsforventninger). Dette er også en studie med et relativt lite utvalg, ikke-spesifikk behandlingsmetode og med et bredt spekter av psykiske lidelser.

Beard, Stein, Hearon, Lee, Hsu og Björgvinsson publiserte i 2016 en relevant pre-post studie. Deres hypotese var at enkelte fellesfaktorer predikerer utfallet ved behandling av KAT-

basert behandling av depresjon (1) og andre psykiske lidelser (2). Utvalget ved denne studien var på hele 956 pasienter og er langt større enn for studiene presentert så langt. Utfallsforventninger ble målt med et utdrag av CEQ bestående av 6 spørsmål. Utfallet ble målt med “Center for Epidemiological Studies Depression Scale-10 item version” (CES-D-10) og “Clinical Global Impressions Scale-Self-Report” (CGIS). Når utfallet var definert som endring i CES-D-10-skåre, viste resultatene en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning for både depresjon og for andre lidelser. Også når utfallet var definert som endring i CGIS-skåre, viste resultatene en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og utfallet for både depresjon og for andre lidelser. Dette resultatet taler altså til fordel for hypotesen om en sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning, der høyere utfallsforventninger predikerer mer positive utfall (Beard et al., 2016). Samme år publiserte Delgadillo, Morea og Lutz (2016) en relevant pre-post studie. De ønsket å undersøke hvilke av et utvalg pasientkarakteristikker som predikerer dårlige utfall ved psykoterapeutisk behandling av depresjon (1) og angstlidelser (2). Delgadillo et al. hadde det største utvalget blant inkluderte studier (N = 1347). Utfallsforventninger ble målt med et enkelt spørsmål: “When you finish counseling or psychotherapy, how well do you feel that you will be getting along emotionally and psychologically?”. Spørsmålet skulle besvares på en 7-punkts skala (1 = “quite poorly – I will be barely able to manage to deal with things”, 7 = “very well – much the way I would like to”). Differanse mellom før og etter skåre på PHQ-9 (1) og GAD-7 (2) utgjorde avhengig variabel (utfall). Resultatet viste at lave utfallsforventninger ikke predikerte dårligere utfall ved behandling av depresjon (1), men predikerte dårligere utfall ved behandling av angstlidelser (2). Lavere forventninger om bedring før behandlingen predikerte altså dårligere utfall ved behandling av angstlidelser, men ikke ved behandling av depresjon (Delgadillo et al., 2016).

Den siste relevant pre-post studien, også publisert i 2016, ble gjennomført av Jakubovski og Bloch (2016). Studien hadde til hensikt å undersøke om en kunne identifisere pasientkarakteristikker før behandling som hadde en signifikant sammenheng med utfallet ved behandlingen, på tvers av behandlingsmetode. Utvalget hadde flere typer angstlidelser (generalisert angstlidelse, panikklidelse, sosial angst, post-traumatisk stresslidelse). Også denne studien hadde et stort utvalg med sine 1004 respondenter. Utfallsforventninger ble målt med et

Tabell 3

Studieresultater for pre-post studier

Studie	Spørsmål	Resultat
Beard et al., 2016	Hvilke fellesfaktorer predikerer utfallet av KAT-basert behandling av depresjon (1) og andre lidelser (2)?	Høyere pre-treatment UF predikerte positivt utfall av KAT-basert behandling av depresjon (1) og andre lidelser (2).
Delgadillo et al., 2016	Hvilke pasientkarakteristikker har sammenheng med dårlige utfall av psykologisk terapi av depresjon (1) og angstlidelser (2)?	Lav pre-treatment UF predikerte ikke dårlig utfall ved behandling av depresjon (1), men predikerte dårlig utfall ved behandling av angstlidelser (2).
Jakubovski et al., 2016	Hvilke pre-treatment pasientkarakteristikker har sammenheng med utfallet ved behandling av (1) generalisert angstlidelse, (2) panikklidelse, (3) sosial angst og (4) posttraumatisk stresslidelse.	Høyere pre-treatment UF predikerte utfallet ved behandling av panikklidelse (2), men ikke for behandling av generalisert angstlidelse (1) og sosialangst (3). Høyere pre-treatment UF predikerte utfallet ved behandling av posttraumatisk stresslidelse (4) kun i interaksjon med intervensjon**.
LeBeau et al., 2013	Hva er forholdet mellom UF og utførelse av hjemmelekser (1) og i hvilken grad predikerer UF (2) og utførelse av hjemmelekser (3) utfallet ved KAT behandling av angstlidelser?	UF og utførelse av hjemmelekser var ikke signifikant korrelert (1). Utførelse av hjemmelekser (3), men ikke UF (2), predikerte utfallet ved KAT behandling av angstlidelser.
Leibert et al., 2015	Hvilke fellesfaktorer predikerer utfallet av psykoterapeutisk behandling?	Høyere UF predikerte mindre symptomlette.
Renaud et al., 2013	Predikerer UF (1) eller "unngåelse" (2) utfallet ved KAT behandling av depresjon? Predikerer en interaksjon mellom UF og "unngåelse" utfallet ved KAT behandling av depresjon (3)?	Hverken UF (1) eller unngåelse (2) predikerte utfallet ved KAT behandling av depresjon. Ved lav unngåelse (sammenlignet med høy unngåelse) predikerte lav UF større symptomendring (3).

*Notat. *Ikke-signifikant, verdier ikke rapportert, **Høyere UF predikerte høyere rate av tilfriskning ved 'care as usual', og lavere rate av tilfriskning ved 'collaborative care'. KAT – Kognitiv Atferdsterapi, UF – Utfallsforventninger.*

enkelt spørsmål besvart på en 8-punkts Likert-skala. Ordlyden i spørsmålet er ikke gjengitt i artikkelen, men er omtalt som "believe in treatment success". Avhengig variabel ble utregnet som differansen i pre- og post-behandlingsskåre på de respektive diagnostiske verktøyene (se tabell 2).

Resultatene var avhengig av hvilken type angstlidelse som ble undersøkt.

Utfallsforventninger bidro ikke signifikant til å predikere utfallet av behandlingen for generalisert angstlidelse og sosial angst. For panikklidelse, derimot, hadde høyere utfallsforventing sammenheng med bedre utfall. For post-traumatisk stresslidelse (PTSD) ble det funnet en interaksjon mellom utfallsforventing og behandlingsmetode. Høyere utfallsforventing predikerte bedre utfall ved "behandling som vanlig", mens *lavere* utfallsforventing predikerte bedre resultater ved en type behandling som kombinerte medisiner med internett-basert kognitiv atferdsterapi og som ble betegnet som "collaborative care". Oppsummert gir denne studien blandede resultater med tanke på hypotesen om en positiv sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning. Det ble funnet en signifikant sammenheng ved behandling av panikklidelse og en svakt signifikant sammenheng ved behandling av PTSD, men ikke for sosial angst og generalisert angst (Jakubovski & Bloch, 2016).

Randomisert Kontrollerte Studier

Jeg fant kun tre relevante randomiserte studier publisert etter Constantino et al. (2011). Den første studien ble publisert i Sverige og forfattet av Hedman et al. (2012). I deres studie ønsket de å undersøke hvilke av et utvalg faktorer som predikerer behandlingsrespons ved internettbasert kognitiv atferdsterapi (IKBT) og kognitiv atferdsterapi i grupper (KATG) som behandling av sosial angst. Deltakere ble randomisert til en av de to behandlingsmodellene. Utvalget var av middels størrelse (N = 126) med en gjennomsnittsalder på 35,6 år.

Utfallsforventning ble målt før behandlingen startet, med Treatment Credibility Scale (TCS). Differanse i pre- og post-treatment skåre på Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) utgjorde avhengig variabel. Høyere forventninger om behandlingsutfall predikerte behandlingsrespons ved behandling av sosial angst, uansett behandlingsform. Studien ga altså støtte til hypotesen om en positiv sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning (Hedman et al., 2012).

Tabell 4
Studieresultater for RCT studier

Studie	Spørsmål	Konklusjon
Barber et al., 2016	Er det en sammenheng mellom UF før behandling og tidlig terapeutisk allianse (1)? Predikerer UF før behandling symptomatisk tilfriskning (2)?	Det ble funnet signifikant sammenheng mellom UF og tidlig terapeutisk allianse (1). UF før behandling predikerte ikke symptomatisk tilfriskning (2).
Hedman et al., 2012	Hvilke faktorer predikerer behandlingsrespons ved IKAT og KATG som behandling av sosial angst?	Høyere pre-treatment UF predikerer behandlingsrespons ved IKAT- og KATG-behandling av sosial angst.
Snippe et al., 2015	Predikerer UF tilfriskning (1) eller frafall (2) ved KAT eller MBKT av pasienter med komorbid diabetes og depresjon? (3) Medierer gjennomføring av hjemmelekser en sammenheng mellom UF og tilfriskning?	(1) Høyere UF predikerte tilfriskning både ved KAT og MBKT i behandling av komorbid diabetes og depresjon. (2) Høyere UF predikerte også lavere frafall for KAT, men ikke for MBKT. (3) UF predikerte ikke utfall indirekte via gjennomføring av hjemmelekser.

Notat. KAT – Kognitiv Atferdsterapi, KATG – Kognitiv Atferdsterapi i Gruppe, IKAT – Internett-basert Kognitiv Atferdsterapi, MBKT – Mindfulness-basert Kognitiv Terapi, UF - Utfallsforventninger.

I 2014 ble det publisert en relevant RCT studie forfattet av Barber et al. (2014). Deltakere ble randomisert til enten psykoterapeutisk behandling, antidepressive eller placebo. De ønsket å undersøke sammenhengen mellom utfalls forventninger, forventning til terapeutisk allianse, terapeutisk allianse målt underveis i forløpet og utfallet ved behandling av depresjon. Utvalget var av middels størrelse (N=149) med en gjennomsnittlig alder på 37,8 år. Behandlingsmetode var manual-basert Dynamisk Støttende-Ekspressiv Psykoterapi (SET), en type behandling som kombinerer støtte og alliansebygging gjennom et fokus på å forstå pasientens problematiske

relasjonsmønstre (Barber et al., 2014). Utfallsforventninger ble målt med et enkelt spørsmål: “Overall, how much improvement do you expect to experience as a result of treatment?”. Spørsmålet skulle besvares på en 7-punkts Likertskala (1 = “Not at all”, 7 = “Great amount”). Differanse i før og etter skåre på "Hamilton Rating Scale for Depression" (HRSD) utgjorde avhengig variabel. De fant at utfallsforventning og forventning til terapeutisk allianse predikerte terapeutisk allianse, men utfallsforventninger predikerte ikke utfall. Studien gir altså ikke støtte til hypotesen om positiv sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning.

Den siste relevante RCT-studien ble gjennomført av Snippe et al. (2015). De ønsket å undersøke om utfallsforventninger predikerer utfall og/eller frafall ved kognitiv atferdsterapi (KAT) og mindfulness-basert kognitiv terapi (MBKT) som behandling av depresjon hos pasienter med diabetes. De ønsket også å undersøke om utførelse av hjemmelekser medierte forholdet mellom utfallsforventninger og utfall. Tanken deres var at personer med lave utfallsforventninger i mindre grad ville utføre hjemmelekser, og at dette kunne være grunnen til at utfallet ble dårligere. Utvalget i denne studien var relativt lite (N = 91) med en høy gjennomsnittlig alder på 53,1 år. Deltakere ble randomisert til 8 sesjoner med enten KAT eller MBKT. Utfallsforventninger ble målt med et studiespesifikt måleverktøy bestående av to spørsmål. Første spørsmål var: “How would you estimate the likelihood that his treatment will help you?”. Spørsmålet skulle besvares på en 11-punkts skala (0 = “unlikely”, 10 = “for sure”). Spørsmål nummer to var: “By the end of the treatment period, how do you expect you will feel?”. Spørsmålet skulle besvares på en 11-punkts skala (0 = “worse”, 10 = “completely recovered”). Differanse i før og etter skåre på BDI-II utgjorde avhengig variabel. Snippe et al. (2015) fant at utfallsforventninger predikerte utfallet (1) ved både KAT og MBKT som behandling. Høyere utfallsforventninger predikerte mindre frafall (2) ved KAT, men ikke ved

MBKT. Sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfallet var ikke mediert av "utførelse av hjemmelekser" (3). Resultatene fra denne studien gir altså støtte til hypotesen om en positiv sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning.

Diskusjon

På bakgrunn av resultatene i denne hovedoppgaven synes det vanskelig å påstå at en har kommet nærmere en konklusjon om at det er en klar sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall. I kun tre av de seks pre-post studiene som er inkludert ble det påvist en sammenheng mellom utfallsforventning og utfall som var i tråd med hypotesen (Beard et al., 2016; Delgadillo et al., 2016; Jakubovski & Bloch, 2016). I to av disse ble det bare funnet delvis støtte for en sammenheng (Delgadillo et al., 2016; Jakubovski & Bloch, 2016). Blant de seks pre-post studiene var det også i en av dem påvist en negativ sammenheng mellom utfallsforventning og symptomatisk tilfriskning, altså at høyere utfallsforventninger hadde sammenheng med mindre grad av symptomlette (Leibert & Dunne-Bryant, 2015). Blant randomiserte kontrollerte studier, som oftest anses å være av høyere kvalitet, ble det i større grad presentert resultater som var til støtte for hypotesen. I to av de tre RCT studiene ble det funnet en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og utfallet (Hedman et al., 2012; Snippe et al., 2015), mens det i Barber et al. (2016) ikke ble funnet noen sammenheng. Det kan bemerkes at randomisering i disse studiene ble gjort for å belyse andre problemstillinger, nemlig hvorvidt en behandlingsmetode var bedre enn en annen. Den har dermed ikke egentlig relevans for denne oppgavens problemstilling.

I metaanalysen til Constantino et al. (2011) ble det konkludert med en signifikant, men svak sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall. Det ble samtidig advart mot å legge for

mye i resultatene da analyser antydte at resultatene kunne være påvirket av publication bias (Constantino et al., 2011).

Håpet med denne oppgaven var at en gjennomgang av forskningen etter Constantino et al. (2011) skulle bringe en nærmere en avklaring på om det var en sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall. Det er imidlertid blant resultatene i denne hovedoppgaven for mange studier som ikke har funnet signifikant sammenheng og som har funnet negative sammenhenger, til å kunne si at en har kommet nærmere en avklaring på om det faktisk er støtte for denne hypotesen. Resultatene til Constantino et al. (2011) tyder på at det iblant kan være en slik sammenheng, men ikke alltid. Også studiene som har kommet etter, tyder på det samme.

Metodiske styrker og svakheter ved studiene

En styrke ved noen av de studiene som ble funnet, var store utvalg. Det var imidlertid også noen svakheter ved studiene, som nevnt i det følgende.

For det første var det noen svakheter ved mål på utfallsforventninger i flere av undersøkelsene. Blant de ni studiene var det fire av dem hvor det kun ble benyttet et enkelt spørsmål som mål av utfallsforventninger. Som nevnt vil oftest mål med flere ledd være mer reliable enn mål med kun ett ledd. Det var også stor variasjon i type utfallsmål, noe som kan gjøre det vanskelig å sammenligne resultater på tvers av studier. Blant studiene inkludert her var det kun to av dem som benyttet samme mål av utfallsforventninger (Beard et al., 2016 og LeBeau et al., 2013). Totalt fem studier benyttet studiespesifikke mål av utfallsforventninger (mål som ikke var benyttet i samme form i tidligere studier). Stor variasjon i mål av utfallsforventninger innebærer at det ved noen tilfeller kan diskuteres hvorvidt det som ble målt overlappet med tilgrensende konsepter som for eksempel forventninger til innholdet i terapien

("treatment expectation"), behandlingens opplevde kredibilitet ("treatment credibility") eller forventninger til egen evne til å gjennomføre behandlingen ("treatment self-efficacy").

Målinger ble også gjennomført på ulike tidspunkt. I fem av studiene ble mål av utfallsforventninger gjennomført før første behandlingstime. Ved to av studiene ble mål av utfallsforventninger gjennomført etter første behandlingstime. Renaud et al. (2013) valgte å kombinere selvrapportert utfallsforventning (før første behandlingstime) med klinikers vurdering av pasientens utfallsforventninger etter første behandlingstime. Dette er den eneste studien hvor klinikers vurdering av utfallsforventninger ble inkludert. I studien av Jakubovski et al. (2016) ble det ikke oppgitt når målingene ble gjennomført.

Det er trolig slik at selvrapporterte utfallsforventninger er påvirket av en form for sosial ønskverdighet. Det vil i dette tilfellet si at respondentens svar påvirkes av hvordan de ser for seg at en typisk pasient bør svare på et slikt spørsmål og hvordan mottakeren av svaret ønsker at de skal svare. I større kartleggingsverktøy har man gjerne lagt til egne spørsmål som har til hensikt å avsløre eller kontrollere for slike påvirkninger. Det er ikke gjort ved studiene inkludert her. Det kan tenkes at pasienter ønsker å fremstå åpne for å prøve nye former for behandling, men at de egentlig har lave forventninger til effekten av slik behandling. Det kan også tenkes at selvrapport kan bli fordreid på grunn av andre forhold. For eksempel kan det hende at noen pasienter kan ha håp om bedring, men samtidig være redde for å være for optimistiske og for å bli skuffet.

Et siste poeng er framgangsmåtene for de statistiske analysene. I åtte av de ni studiene inkludert her ble det gjort en form for regresjonsanalyse. For regresjonsanalyser med flere predikatorer enn den variabelen vi er mest interessert i (her: utfallsforventninger), vil dette være uproblematisk der utfallsforventninger først legges inn alene. Dersom en legger inn flere uavhengige variabler i samme steg, eller legger inn utfallsforventninger i et av de siste stegene i

en hierarkisk regresjon, blir det straks mer problematisk å si at utfallsforventninger ikke predikerer utfall. I en slik analyse er det avgjørende hvor stor del av variansen i avhengig variabel hver enkelt variabel *alene* kan forklare. Der det er store overlapp mellom to variabler vil ofte kun en av dem bli signifikant og da gjerne den som forklarer mest av variansen i avhengig variabel. En gjennomgang av de ni undersøkelsene med tanke på denne problemstillingen, viste at dette kunne berøre kun to undersøkelser, Delgadillo et al., 2016 og Leibert et al., 2015.

I Delgadillo et al. (2016) ble både demografiske og kliniske faktorer analysert sammen med utfallsforventninger. Demografiske variabler inkluderte: alder, kjønn, etnisitet, sysselsetting og sosioøkonomisk status. Kliniske variabler inkluderte: alvorlighetsgrad av angst før behandling, alvorlighetsgrad av depresjon før behandling, psykososial fungering, tilfeller av psykisk sykdom i familie, lidelsens varighet, omfang av tidligere behandling, kroniske medisinske tilstander, selv-rapportert uførhet og utfallsforventninger. Resultatene til Delgadillo et al. (2016) antydde signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall ved behandling av angst, men ingen sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall ved behandling av depresjon. Signifikante predikerende variabler for utfall ved behandling av depresjon var: alder, sysselsetting (arbeidsledighet), uførhet og psykososial fungering. Det er vanskelig å si om noen av disse faktorene overlappet med utfallsforventninger i betydelig grad (dvs. at det hadde blitt funnet en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall dersom en eller flere av disse variablene ble ekskludert). Uførhet og arbeidsledighet sier noe om en persons livssituasjon som er av stor betydning for livskvalitet og som sannsynligvis ikke vil forbedres av psykoterapeutisk behandling. Samtidig kan disse faktorene være utløsende og opprettholdende faktorer for en eventuell psykisk lidelse. Der en pasients utfallsforventninger er realistiske vil det potensielt også være stor sammenheng mellom utfallsforventninger og uførhet

og mellom utfallsforventninger og arbeidsledighet. I så tilfelle kan inkluderingen av disse faktorene i analysene til Delgadillo et al. (2016) potensielt ha gitt et feilaktig bilde av sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall ved behandling av depresjon.

Leibert et al. (2015) gjorde en hierarkisk multippel regresjonsanalyse der utfallsforventninger ble lagt til i steg fire. Variablene som ble lagt inn før utfallsforventninger var: utfallsvariabel før behandling (målt med "Outcome Questionnaire-45.2"), utdanning, medisinske lidelser, finansiell trygghet, lidelsens varighet, historie som offer for mishandling, sosial støtte, tilfredshet og motivasjon (målt med "Client Motivation for Therapy Scale"). Leibert et al. (2015) fant en signifikant negativ sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall. Der pasientens utfallsforventninger er realistiske og basert på lidelsens varighet og alvorlighet, vil det trolig være store overlapp mellom disse variablene. Som tidligere nevnt er det også argumentert for sammenheng mellom utfallsforventninger og behandlingsmotivasjon (Austin & Vancouver, 1996 i Meyer et al. 2002). Det er med andre ord grunner til å anta at mye av variansen i utfall som utfallsforventninger kan bidra til å forklare, allerede er forklart av variabler lagt inn tidligere i analysen. Potensielt sett vil en enkel Pearson korrelasjonsanalyse kunne gitt en signifikant sammenheng med positivt fortegn.

Forventninger kan være realistiske og urealistiske. Leibert et al. (2015) kan i effekt til en viss grad ha kontrollert for realistiske utfallsforventninger. I hvilken grad forventninger er realistiske kan være av betydning for en eventuell sammenheng mellom utfallsforventninger og utfallet av psykoterapi. Det er min oppfatning at Kirsch (1997) ikke avgrenser responsforventninger til de realistiske. Påstander utledet fra hans teori var utgangspunktet for denne oppgaven. Det er derfor mulig at Delgadillo et al. (2016) og Leibert et al. (2015) skulle

vært ekskludert på grunn av analysemetode. Betydningen av forventningers realisme er allikevel svært interessant og tilsynelatende kompleks.

Modererende faktorer som kan påvirke sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall

Det at sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall varierer i stor grad, tyder på at det kan være faktorer som modererer denne sammenhengen. Modererende faktorer av sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall er i liten grad undersøkt. I det følgende beskrives noen studier som har sett på mulige faktorer som kan være med på å påvirke sammenhenger mellom utfallsforventninger og utfall.

Constantino et al. ønsket i 2014 å undersøke hvilke variabler som korrelerer med utfallsforventninger. Det ble derimot ikke undersøkt sammenheng med utfall i denne studien og den er derfor ikke inkludert i resultatene i denne oppgaven. Constantino et al. (2014) fant en signifikant sammenheng mellom forventninger før behandling og maniske symptomer. De konkluderer med at dette kan reflektere at pasientens patologi bidrar til urealistiske høye forventninger. En slik sammenheng kan kanskje være med på å forklare hvorfor høye forventninger ikke alltid samsvarer med godt utfall. Det kan være tilfelle at de høye forventningene er urealistiske, og at det tvert imot er en reell mulighet for et dårligere utfall enn det pasienten forestiller seg, iallfall på kort sikt.

I samme studie fant Constantino et al. (2014) en signifikant negativ sammenheng mellom forventninger før behandling og symptomer på rusmisbruk og komorbid akse II lidelse (DSM-IV, personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser). Dette er diagnoser der det kan være realistisk å ha relativt lave forventninger til bedring, i det minste på kort sikt og noen ganger også

på lang sikt. Lave forventninger kan i disse tilfellene reflektere en realistisk oppfatning av lidelsen.

I andre sammenhenger kan lave forventninger ha sammenheng med lidelsens natur, for eksempel vil en kunne forvente at deprimerte pasienter har en pessimistisk forventning til utfall. Lave forventninger kan også ha sammenheng med tidligere erfaringer med resultatløs behandling (Constantino et al., 2014). I den grad de lave forventningene reflekterer en realistisk oppfatning av muligheten for bedring, kan en forvente at utfallsforventninger predikerer utfallet. Der lave forventninger derimot reflekterer en pessimisme som slipper taket etter hvert som pasienten mottar behandling, kan en forvente en mindre sterk sammenheng mellom forventninger og utfall.

Optimalt sett vil en behandler arbeide med å øke pasientens motivasjon, håp og engasjement der behandleren oppdager at disse faktorene er lave. Altså vil utfallsforventninger påvirke hvordan det arbeides i terapitimene og trolig også ha konsekvenser for utfallet. Constantino et al. (2014) foreslår at en også bør arbeide med realitetsorientering og moderering av forventninger der disse er urealistisk høye.

Renaud et al. (2013) er inne på noe av det samme. Som nevnt tidligere, fant Renaud et al. (2013) at deltakernes utfallsforventninger i seg selv ikke predikerte utfall. Dersom pasientene var villige til å fokusere på og erfare sine følelser (dvs. hadde lave skårer på "unngåelse av følelser"), var faktisk *lave* forventninger til terapien forbundet med *bedre* resultater. En kan tenke seg at villigheten til å fokusere på og erfare egne følelser, var med på å bidra til at de lave forventningene etter hvert ble snudd til noe mer positivt. Hos pasienter som var mer unngående, det vil si at de var mindre villige til å fokusere på og erfare egne følelser, var det ingen sammenheng mellom forventninger til terapien og terapiutfall. I sin diskusjonsdel foreslår Renaud et al. (2013) at disse resultatene kan forklares av unngåelse som modererende faktor

kombinert med terapeutens evne til å vekke engasjement og øke pasienters forventninger. Der terapeuten oppdager dårlig motivasjon og engasjement blir dette ofte fokus i starten av behandlingen. Det vil si at behandler jobber for å øke pasientens håp, forventning og engasjement, enten det er gjennom en form for motiverende intervju eller ved å selge inn metoden, eksempelvis gjennom psykoedukasjon. Dersom pasienten samtidig skårer lavt på unngåelse vil behandlerens oppgave med å øke forventninger være lettere. Pasienten vil kanskje lettere danne en behandlingsallianse der de går med på å fokusere på lave forventninger og pessimisme, og gi terapeuten anledning til å hjelpe ham eller henne med å utforske og snu disse.

Hos pasienter med større unngåelse, derimot, kan det bli vanskeligere. Disse pasientene ønsker ikke å fokusere på egne følelser. Det kan hende at de uttrykker positive forventninger til utfallet, ikke fordi de er optimistiske og villige til å arbeide for å oppnå et godt utfall, men fordi de ikke ønsker å "kjenne på" angst og bekymringen for at terapien ikke skal få et godt utfall. Denne interaksjonen mellom forventninger og villighet til å jobbe med vanskelige følelser i terapien kan være med på å forklare hvorfor høye forventninger ikke alltid er positivt. Forventningene kan skjule en motvilje mot å innrømme skepsis, angst for et negativt utfall, eller en motvilje mot å delta i behandling som innebærer fokus på vanskelige følelser.

I forskning på placeboeffekten av medisinske intervensjoner er modererende faktorer undersøkt i langt større grad. Horing, Weimer, Muth og Enck (2014) har gjort en systematisk litteraturgjennomgang av modererende faktorer av placeboeffekten. De fleste av studiene involverte behandling av smerte, men inkluderte også studier av søvn, stress, koffein, blodtrykk, reisesyke, tinnitus og slanking. Modererende faktorer varierte i stor grad med hvilken type placeboeffekt som ble undersøkt. Av spesiell interesse var en studie av Horing et al. (2013). Denne studien tok for seg placeboeffekten ved reisesyke. Her var placeboeffekten svakere ved

høy mestringstro og indre kontrollplassering (Horing et al., 2013). Disse resultatene kan i utgangspunktet virke litt vanskelig å forstå. Hvorfor skulle placeboeffekten bli sterkere for folk med lav mestringstro og ytre kontrollplassering? Horing et al. (2013) foreslår at dette kan ha sammenheng med påvirkbarhet. Placebogruppen i denne gruppen ble fortalt at de ville motta en effektiv kvalmestillende medisin i flytende form. En person som forventer at det som skjer vil være påvirket av ytre faktorer, vil kanskje ha lettere for å anta at endring skjer som en følge av en ytre faktor (f.eks. inntak av flytende medisin som i Horing et al., 2013).

Forskjeller mellom placeboforventninger innen medisin, og forventninger til terapiutfall ved psykologisk behandling

Placeboeffekter er ifølge Kirsch effekter av ubevisste prosesser som påvirker hvordan vi responderer. Disse ubevisste prosessene settes i gang av hvordan vi oppfatter en stimulus. Oppfatningen av en slik stimulus kan for eksempel være påvirket av hvordan vi tidligere har erfart samme stimulus.

Som et eksempel kan man tenke seg en kopp kaffe som stimulus. En person som har opplevd at kaffe øker våkenhet kan noen ganger merke at han/hun føler seg mer opplagt bare ved synet av en kopp kaffe. Dette kan forklares som klassisk betinging. Koffeinet i kaffen har gjort ham mer våken ved tidligere anledninger. Denne responsen har blitt betinget til synet av kaffen, slik en ubetinget respons blir betinget til en stimulus. Følelsen av våkenhet blir da en betinget respons. Om dette skyldes endringer i hjernen eller i andre deler av kroppen er usikkert, men det skjer iallfall en endring i oppfatning og ofte også atferd. Når så den samme responsen (våkenhet) utløses av kaffe uten koffein (betinget stimuli), kan vi kalle det en placeborespons.

Det samme kan skje med en pille som gis i en medisinsk sammenheng. Kanskje pasienten har opplevd at pillen tidligere har gitt smertelindring. Når så en pille med samme utseende, men uten det virksomme "virkestoffet" blir presentert, opplever kanskje pasienten smertelindring. Også dette ville være en placeborespons.

Placeboresponsen er altså avhengig av forventninger. Disse forventningene kan være oppstått gjennom tidligere erfaringer (klassisk betinging) eller gjennom mellommenneskelig samhandling (påvirkning). Et eksempel på det siste ville være om legen fortalte pasienten at en har god effekt av denne typen piller, og pasienten responderte med bedring.

Slike placeboresponser har flere kjennetegn. De er (1) skapt av forventninger, enten fra tidligere opplevelser, gjennom påvirkning fra andre mennesker eller gjennom media. (2) Forventningene er induert gjennom et eksperiment. (3) Ingen aktiv og bevisst handling kreves av personen selv. (4) Det skjer ingen systematisk interaksjon med andre som påvirker placeboresponsen (etter at den er induert). (5) Det skjer trolig kroppslige reaksjoner som fører til en opplevelse som samsvarer med forventningene (f.eks. endogene opiater, Wormnes, Dundas & Manger, 2008).

Forventninger i terapi er imidlertid kanskje ikke det samme som placeboresponser i medisin eller i eksperimenter. Det kan argumenteres for at forventninger i terapi er likt placeboresponser i medisin eller eksperimenter på noen måter, men at de også skiller seg fra slike placeboresponser på flere viktige områder. (1) Som ved placeboresponser, har pasienten en forventning til terapien før den starter. Denne kan bygge på tidligere opplevelser eller påvirkninger fra andre mennesker og media. (2) Disse forventningene er i utgangspunktet som regel ikke bevisst induert av andre (unntatt i studier som undersøker effektene av å indusere visse forventninger til terapiutfall). (3) Terapien krever aktiv og bevisst handling av personen

selv. Disse handlingene innebærer en eller annen type samarbeid med terapeuten (f.eks. utforske følelser, utforske tanker og gjøre hjemmelekser). (4) Terapeuten vil forsøke å påvirke forventningene slik at de blir mer positive og/eller mer realistiske etter at pasienten er begynt i terapi. (5) Det kan, som ved placebobehandling, kanskje skje kroppslige reaksjoner som gir en opplevelse som samsvarer med forventningene, men enda viktigere er likevel at terapiutfallet vil ha sammenheng med den *atferd* som pasienten utøver, ikke bare som en følge av de forventningene han hadde før han begynte i terapi, men også gjennom samhandling med (og påvirkning av) terapeuten.

Den viktigste forskjellen mellom placebo utløst i medisinsk behandling og eksperimenter, og forventninger i terapi, er kanskje at pasienten påvirkes hele tiden underveis i behandlingen, i samhandlingen med terapeuten. En annen viktig forskjell er at pasienter i behandling aktivt inngår i et samspill med terapeuten, der de utfører handlinger som kan påvirke hvordan utfallet blir. Eksempler på slike handlinger er å fortelle om vanskelige følelser, gjøre hjemmelekser, eller andre øvelser.

Jeg nevnte over at Horing hadde funnet at ved reisesyke var placeboeffekten svakere ved høy mestringstro og indre kontrollplassering (Horing et al., 2013). Horing et al. (2013) foreslo selv at personer med ytre kontrollplassering kanskje hadde lettere for å tilskrive bedring til ytre faktorer. Dette kan påvirke hvordan han eller hun reagerer ved bruk av placebo for å skape en forventning om bedring. Dersom forventningene induseres, i medisinsk behandling eller i eksperimenter, av andre eller av en pille, vil pasienten trolig oppfatte det slik at utfallet av behandlingen avhenger av ytre faktorer. Det kan være en pille, smertelindrende krem, osv. Denne ytre faktoren vil da oppfattes som årsaken til bedring. Bedringen er tilsynelatende uavhengig av respondentens atferd, evne og innsats.

Ved psykologisk behandling vil det være annerledes. Pasienten vil påvirkes av hvilke erfaringer han eller hun gjør underveis i terapi, og vil oppleve at hans eller hennes handlinger har en effekt på hvordan han eller hun føler seg. Effektene av de innledende forventningene vil dermed trolig kunne bli svakere etter hvert som terapien utfolder seg, og pasienten lærer å stole på egen innsats. Under slike betingelser kunne en forvente at de innledende forventningene hadde mindre å si for utfallet av behandlingen.

I andre tilfeller kan en forvente sterkere sammenheng mellom innledende forventninger og utfall i en terapi. For eksempel kan det være at noen pasienter begynner i behandling med (1) urealistisk høye forventninger eller (2) fastlåste negative forventninger som hindrer ham eller henne å samarbeide med terapeuten om terapien. Ved urealistisk høye forventninger er det mulig at utfallet blir dårligere fordi pasienten opplever skuffelse. Ved fastlåste negative forventninger kan det hende at forventningene samsvarer med et negativt utfall. I studiene i denne hovedoppgaven er utfallsforventninger målt før eller like etter første behandlingstime og det er ikke gjort kontrollert eller standardisert manipulasjon av forventninger i begynnelsen av- eller underveis i behandlingen.

Det skjer trolig store endringer i forventninger for mange pasienter, endringer som skyldes selve behandlingen. I starten av et psykoterapeutisk behandlingsforløp får pasientene mye informasjon som antyder hva de kan forvente av det som følger. Informasjonen kan være kommunisert i et forsøk fra behandler på å gi pasienten realistiske forventninger til behandlingens innhold, varighet og utfall. Relevant informasjonen kommer også fra observasjoner gjort av pasienten som blant annet omfatter diskurs (f.eks. rollefordeling, taletid, maktfordeling) og kontekst. Etter kartlegging og diagnostisering følger gjerne psykoedukasjon relatert til aktuelle psykiske lidelser eller symptombilder. Denne informasjonen mottas ikke

passivt, men påvirkes av hva som formidles, hvordan det formidles og mottakers filtrering og bearbeiding av informasjonen. I arbeidet som følger, enten det springer ut av atferdsterapi eller et psykodynamisk perspektiv, vil det forekomme prosesser som medfører ny innsikt, mestringsfølelse og ulike former for betinging. Sammen med opplevd fremgang/stagnering/forverring vil disse prosessene påvirke pasienters håp og forventning om et positivt utfall av behandlingen. Trolig påvirkes samtlige former for forventninger som er omtalt i denne hovedoppgaven, av det som skjer i terapirommet. Det ser ut til at endring av forventninger og psykoterapi er uatskillelig. Dette utgjør en vesentlig forskjell fra studier der placebokomponenten består av for eksempel en pille eller en injeksjon, og ikke involverer aktive komponenter som blant annet har til hensikt å endre forventninger og håp.

Faktorer som påvirker endringer i forventninger som følge av psykoterapi kan bidra til å forklare den tilsynelatende komplekse sammenhengen mellom forventninger og utfall. Frank (1961) argumenterte i sin bok "Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy" for viktigheten av overtalelse i behandling av alle typer lidelse. Han hevdet at behandlingens virkningsfullhet er avhengig av behandlerens evne til å selge inn behandlingens virkningsfullhet og pasientens mottakelighet for overtalelse (Frank, 1961). Også Fish (1973) hadde en lignende teori og baserte sin "placebo therapy" på å skape en forventning om bedring. Store deler av hans terapeutiske arbeid hadde til hensikt å sette behandler i posisjon til å kunne overtale.

Mottakelighet for overtalelse vil trolig variere en del i populasjonen avhengig av for eksempel endringsfrykt og personlighetstrekk som åpenhet. De fleste studier av sammenhengen mellom utfallsforventninger og utfall har undersøkt utfallsforventninger like i forkant av- eller i etterkant av første behandlingstime. Samtidig er det enkelte studier som har målt utfallsforventninger ved flere tidspunkt underveis i behandlingen og etter avsluttet behandling

(f.eks. Snippe et al., 2015). Dersom en ønsker å undersøke modererende effekter av for eksempel åpenhet, endringsfrykt eller lignende, vil det trolig være nødvendig å ta flere målinger av utfallsforventninger for å undersøke endring i forventninger over tid.

I en studie av De Pascalis, Chiaradia og Carotenuto (2002) omtales sammenhengen mellom suggesjon, mottakelighet for suggesjon og placebo effekten ved smertestimuli. Mål av mottakelighet for suggesjon ble gjort med bruk av "Sensory Suggestibility Scale" (SSS) som er spesifikt utviklet for å måle mottakelighet for suggesjon som angår kroppslige opplevelser. For eksempel ble respondenter fortalt at man kan høre sin egen puls hvis man har på seg hodetelefoner som kansellerer støy. Der respondenter i etterkant rapporterte å høre sin egen puls, ble dette regnet av forskerne som et tegn på mottakelighet for suggesjon. Resultatene av denne undersøkelsen viste at mottakelighet for suggesjon og verbalt induserte forventninger hadde en signifikant påvirkning på styrken av placeborespons.

Mottakelighet for suggesjon og mottakelighet for mellommenneskelig påvirkning kan tenkes å være to sider av samme sak (f.eks. Wormnes, 1998). Studien til De Pascalis et al. (2002) kan bidra til å belyse et aspekt ved placeboeffekter, nemlig betydningen av mottakeligheten for innflytelse. Mens forventninger blir indusert kun én gang i de fleste eksperimenter, har terapeuten anledning til å påvirke pasienten gjennom hele terapiforløpet, og slik endre på de forventninger pasienten hadde i begynnelsen. Påvirkningen går selvfølgelig begge veier. Pasienten har også anledning til å påvirke terapeuten, og gjennom å påvirke hverandre, påvirker de utfallet av terapien. Dette er trolig et eksempel på de mange og komplekse prosessene som foregår i psykoterapi. Interpersonlig samhandling i terapi er med på å bestemme utfallet, akkurat som suggestibilitet er med på å bestemme placeboresponser.

En annen interessant studie fant at lav tro på effekten av forventninger predikerte lavere placeboeffekt ved smertebehandling (Handley, Fowler, Rasinski, Helfer, & Geers, 2013). I samme studie fant de at større tro på effekten av forventninger predikerte høyere effekt av placebo ved behandling av høyt blodtrykk. Handley et al. (2013) konkluderer blant annet med at tro på effekten av forventninger har stor betydning og at denne modererende faktoren må få mer oppmerksomhet i fremtidig forskning. Dette er et eksperiment som kan ha kliniske implikasjoner. Vil det også være tilfelle i terapi, at pasientens tro på effekten av forventninger, vil øke effekten av forventninger? I så fall ville det kanskje være hensiktsmessig for terapeuten å gjøre pasienten oppmerksom på at hans eller hennes forventninger til utfall vil kunne påvirke utfallet. Imidlertid kan en slik fremgangsmåte også ha uønskede effekter. Dersom pasienten får vite at han eller hun må ha positive forventninger for at behandlingen skal få et positivt utfall, kan en risikere at pasienten legger skylden på seg selv dersom behandlingen ikke har en positiv effekt. Pasienten kan komme til å tenke: "jeg trodde ikke *nok* på at det ville gå bra, derfor gikk det dårlig". Deprimerte og engstelige pasienter har en tilbøyelighet til å tro det verste, og kan ha vanskelig for å ha positive forventninger. Det kan derfor være lite egnet å direkte forsøke å få pasienten til å "tro på at det skal gå bra". Tilnærminger som heller dreier seg om å registrere negative forventninger og stille spørsmål ved deres validitet (kognitiv terapi), og andre terapeutiske fremgangsmåter som å undersøke bakgrunnen for negative forventninger i oppveksten (noen psykodynamiske terapier), kan være bedre egnet.

Medierende faktorer

Constantino et al. (2011) har dedikert et eget avsnitt til diskusjon omkring potensielle medierende faktorer og har omtalt to faktorer: terapeutisk allianse og utførelse av hjemmelekser. I den sammenheng presenteres tre studier som kan belyse eventuelle medierende effekter mellom

utfallsforventninger og utfall. Constantino et al. (2011) referer til en studie av Meyer et al. (2002) hvor terapeutisk allianse ble påvist å være en moderat medierende faktor. Positive forventninger så ut til å medføre en sterkere allianse som igjen førte til bedre utfall. I sin diskusjon foreslår de en forklaring på denne sammenhengen med utgangspunkt i "goal theory" (Austin & Vancouver, 1996 i Meyer et al. 2002) med argumentasjonen at en person kun vil jobbe for å oppnå et mål hvis han/hun tror det er mulig å nå det målet. Samme teori kan benyttes som forklaring dersom det skulle vise seg at andre faktorer (som behandlingsengasjement eller utførelse av hjemmelekser) skulle vise seg å mediere sammenhengen mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning.

Blant studiene etter januar 2010 er det en som har valgt å undersøke hvorvidt allianse hadde en medierende effekt. I Barber et al. (2016) fant de en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og terapeutisk allianse tidlig, midt i behandlingsforløpet og ved avslutning. Det ble dog ikke funnet en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning og derfor heller ikke en medierende effekt av allianse. LeBeau et al. (2013) undersøkte hvorvidt det var en sammenheng mellom utfallsforventninger og utførelse av hjemmelekser og sammenhengen mellom de to faktorene og symptomatisk tilfriskning. I LeBeau et al. (2013) ble det ikke funnet sammenheng mellom utfallsforventninger og utførelse av hjemmelekser. Ei heller ble det funnet sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning. Det ble dog funnet en sammenheng mellom utførelse av hjemmelekser og symptomatisk tilfriskning.

En lignende undersøkelse ble gjort av Snippe et al. (2015). Heller ikke i Snippe et al. (2015) ble det funnet en medierende effekt av utførelse av hjemmelekser. For at undersøkelse av potensielle medierende faktorer i det hele tatt skulle være mulig var man i disse tre studiene

avhengig av å finne en signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning, noe de ikke fant. Oppsummert synes det å være lite støtte for de foreslåtte medierende faktorene.

Andre potensielle forklaringer

I litteraturen om utfallsforventninger er det nesten utelukkende fokus på hvordan forventningene potensielt kan bidra til å forklare bedringen, enten det er via engasjement, allianse eller placeboeffekter. Det er i liten grad undersøkt om en eventuell sammenheng kan skyldes pasientens faktiske evne til å gjøre en realistisk prognostisk vurdering. Et unntak er Constantino et al. (2014) som foreslo at negative forventninger hos rusmisbrukere og pasienter med komorbid akse II lidelse kunne være realistiske. En evne til realistisk å vurdere utfall kan potensielt være avhengig av en rekke faktorer, som for eksempel hva pasienten har av informasjon og kunnskap om sin lidelse, tidligere behandlingsforløp og aspekter ved selve lidelsen (f.eks. mani, pessimisme og håpløshet).

Det kan være slik at det er en svakere eller ikke-eksisterende sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall der behandlingen lykkes fordi terapeuten og pasienten sammen har klart å snu negative forventninger til å bli mer positive, sammenlignet med behandlinger hvor behandler ikke lykkes med å snu/øke pasientens utfallsforventninger. Det vil si at god behandling innebærer å mobilisere håp og forventning hos pasienten og at utfallsforventninger før første behandlingstime derfor spiller liten rolle.

Oppsummert er terapi en prosess som sikter mot endring og da også endring i negative forventninger. Det kan derfor ses som grunn til optimisme at pasientens negative forventninger i begynnelsen av terapien, ikke nødvendigvis fører til et negativt utfall.

Fremtidig forskning

Det er svært stor variasjon i metode blant studiene som har undersøkt sammenheng mellom utfallsforventninger og utfall av psykoterapeutisk behandling. Standardisert kartlegging av forventninger (gjerne ved flere tidspunkt/faser av behandlingen) og større utvalg vil kunne gi mer pålitelig og trolig mer samstemte resultater. Greenberg, Constantino og Bruce (2006) foreslår i sin avslutning at det gjøres studier med eksperimentell manipulasjon av utfallsforventninger. Der nevnes som et eksempel Suhr og Gunstad (2002) som manipulerte forventninger til deltakere med en mild hodeskade om hvordan de ville prestere på en nevropsykologisk test. De fant at forventningene ble en selvoppfylgende profeti hvor forventninger om dårligere prestasjon predikerte dårligere resultater på testen. Studien minner en del om Fillmore og Vogel-Sprott (1992) og resultatene ser ut til å støtte opp om Kirschs (1997) teori. Studier som denne bærer samtidig preg av en kunstig setting som på mange måter er svært ulik prosessene som foregår i psykoterapeutisk behandling. Stimuli som deltakerne her utsettes for er langt mer kortvarig og involverer ikke en interaksjon hvor forventninger trolig endres underveis.

Styrker og svakheter ved denne litteraturgjennomgangen

Denne oppgaven tok utgangspunkt i Constantino et al. (2011) som er en metaanalyse, med den hensikt å gi et oppdatert bilde av hva forskning viser om forholdet mellom utfallsforventninger og symptomatisk tilfriskning. Som fortsettelse på Constantino et al. (2011) ville det vært mer naturlig med en metaanalyse. Med hensyn til tid og ressurser ble det i stedet gjort en systematisk litteraturgjennomgang. Til sammenligning med en metaanalyse vil en derfor i mindre grad kunne sammenligne resultater og effektstørrelser på tvers av studier.

Eksklusjons- og inklusjonskriterier ble fastslått før søket ble gjennomgått og studier ble selektert. Dette kan ha medført at studier som ble selektert er av variabel kvalitet. På den annen side kan det være en styrke å innlemme alle publiserte studier. Ideelt skulle en også ha hatt tilgang på upubliserte studier for å unngå publication bias. Som nevnt kan en slik publication bias gjøre at studier uten signifikant effekt blir liggende i skrivebordsskuffen.

Seleksjonsprosessen ved en systematisk litteraturgjennomgang foregår vanligvis med uavhengige vurderinger fra to eller flere medarbeidere. Dette for å kontrollere for seleksjonsbias. Da denne oppgaven ble skrevet av én person lot det seg ikke gjøre. Studiene inkludert er derfor selektert utelukkende av undertegnede. En kunne også ha argumentert for at flere søkemotorer skulle ha vært benyttet. Imidlertid kan en forvente at PubMed og PsychINFO dekker de fleste relevante undersøkelser innen det feltet som ble undersøkt.

I enkelte systematiske litteraturgjennomganger benyttes egne skåringsverktøy for å evaluere og kvantifisere kvaliteten av de studier som inkluderes. Dette er også en tidkrevende prosess hvor man bør benytte to eller flere uavhengige vurderinger for å vurdere pålitelighet og kontrollere for bias. Dette var heller ikke aktuelt ettersom undertegnede skrev alene.

Det ble valgt å ikke inkludere avhandlinger ("dissertations") i denne systematiske litteraturgjennomgangen da avhandlinger ikke har gjennomgått peer-review. Relevante avhandlinger kunne allikevel bidratt til å belyse problemstillingen.

Konklusjon

Studier som er publisert etter 2010 og som er inkludert i denne systematiske litteraturgjennomgangen støtter ikke opp under konklusjonen til Constantino et al. (2011) om en svak, men signifikant sammenheng mellom utfallsforventninger og utfallet av psykoterapi. Blant

resultatene er det funnet positive sammenhenger, negative sammenhenger og ingen sammenheng mellom de to variablene. Det var stor variasjon i mål av utfallsforventninger med hensyn til tidspunkt, antall mål og ordlyd. Det ble heller ikke oppdaget systematiske sammenhenger mellom metodiske egenskaper (som for eksempel utvalgsstørrelse) og resultater i forhold til problemstillingen. Denne litteraturgjennomgangen har argumentert for at dersom det er en sammenheng mellom forventninger og utfallet av psykoterapi, er sammenhengen trolig mer komplisert enn ved mange eksperimenter og for eksempel medikamentell behandling.

Intervensjonen ved placeboeksperimenter eller medikamentell behandling er gjerne kortvarig, mindre avhengig av engasjement fra pasientens side og pasientens forventninger blir i liten grad endret underveis gjennom en samhandling med legen. Det motsatte er sant for psykoterapeutisk behandling, hvor en del av prosessen innebærer forsøk på å motvirke negative forventninger, øke pasientens håp om bedring og fremme et aktivt samarbeid mot bedring.

- Beard, C., Stein, A. T., Hearon, B. A., Lee, J., Hsu, K. J., & Björgvinsson, T. (2016). Predictors of Depression Treatment Response in an Intensive CBT Partial Hospital. *Journal of Clinical Psychology*, 72(4), 297-310. doi:10.1002/jclp.22269
- Brady, J. P., Reznikoff, M., & Zeller, W. W. (1960). The Relationship Of Expectation Of Improvement To Actual Improvement Of Hospitalized Psychiatric Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 130(1), 41-44.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. doi:10.1002/jclp.20754
- De Pascalis, V., Chiaradia, C., & Carotenuto, E. (2002). The contribution of suggestibility and expectation to placebo analgesia phenomenon in an experimental setting. *Pain*, 96(3), 393-402. doi:[http://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00485-7](http://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00485-7)
- Delgadillo, J., Moreea, O., & Lutz, W. (2016). Different people respond differently to therapy: A demonstration using patient profiling and risk stratification. *Behaviour Research and Therapy*, 79, 15-22. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.003>
- Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. doi:[http://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](http://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client Expectancies About Therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21-33. doi:10.1007/s11020-005-1963-5
- Fillmore, M., & Vogel-Sprott, M. (1992). Expected effect of caffeine on motor performance predicts the type of response to placebo. *Psychopharmacology*, 106(2), 209-214. doi:10.1007/bf02801974
- Fish, J. M. (1973). *Placebo Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Goldstein, A. P., & Shipman, W. G. (1961). Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, 17(2), 129-133. doi:10.1002/1097-4679(196104)17:2<129::AID-JCLP2270170207>3.0.CO;2-T
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Handley, I. M., Fowler, S. L., Rasinski, H. M., Helfer, S. G., & Geers, A. L. (2013). Beliefs About Expectations Moderate the Influence of Expectations on Pain Perception. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 52-58. doi:10.1007/s12529-011-9203-4
- Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Schalling, M., . . . Rück, C. (2012). Clinical and genetic outcome determinants of Internet- and group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(2), 126-136. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01834.x
- Horing, B., Weimer, K., Muth, E. R., & Enck, P. (2014). Prediction of placebo responses: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 5, 1079. doi:10.3389/fpsyg.2014.01079
- Horing, B., Weimer, K., Schrade, D., Muth, E. R., Scisco, J. L., Enck, P., & Klosterhalfen, S. (2013). Reduction of Motion Sickness With an Enhanced Placebo Instruction: An Experimental Study With Healthy Participants. *Psychosomatic Medicine*, 75(5), 497-504. doi:10.1097/PSY.0b013e3182915ee7

- Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2016). Anxiety Disorder-Specific Predictors of Treatment Outcome in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) Trial. *Psychiatric Quarterly*, 87(3), 445-464. doi:10.1007/s11126-015-9399-6
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40(11), 1189-1202. doi:10.1037/0003-066X.40.11.1189
- Kirsch, I. (1997). Response expectancy theory and application: A decennial review. *Applied and Preventive Psychology*, 6(2), 69-79. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80012-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80012-5)
- Kubie, L. S., & Frank, J. D. (1961). Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 133(6), 561-566.
- LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework Compliance Counts in Cognitive-Behavioral Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171-179. doi:10.1080/16506073.2013.763286
- Leibert, T. W., & Dunne-Bryant, A. (2015). Do Common Factors Account for Counseling Outcome? *Journal of Counseling & Development*, 93(2), 225-235. doi:10.1002/j.1556-6676.2015.00198.x
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1051-1055. doi:10.1037/0022-006X.70.4.1051

- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 52(7), 985-998. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00210-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00210-0)
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180. doi:10.1023/a:1016699424731
- Patterson, C. H. (1985). What is the placebo in psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 163-169. doi:10.1037/h0085489
- Renaud, J., Russell, J. J., & Myhr, G. (2013). The association between positive outcome expectancies and avoidance in predicting the outcome of cognitive behavioural therapy for major depressive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 42-52. doi:10.1111/j.2044-8260.2012.02044.x
- Shapiro, D. A. (1981). Comparative credibility of treatment rationales: Three tests of expectancy theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 111-122. doi:10.1111/j.2044-8260.1981.tb00504.x
- Snippe, E., Schroevers, M. J., Annika Tovote, K., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M. G., & Fleer, J. (2015). Patients' Outcome Expectations Matter in Psychological Interventions for Patients with Diabetes and Comorbid Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 307-317. doi:10.1007/s10608-014-9667-z
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., . . . Oliveri, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997-1008. doi:10.1176/ajp.148.8.997

- Suhr, J. A., & Gunstad, J. (2002). "Diagnosis Threat": The Effect of Negative Expectations on Cognitive Performance in Head Injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(4), 448-457. doi:10.1076/jcen.24.4.448.1039
- Tinsley, H. E., Bowman, S. L., & Ray, S. B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 99-108. doi:10.1037/0022-0167.35.1.99
- Tollinton, H. J. (1973). Initial expectations and outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 46(3), 251-257. doi:10.1111/j.2044-8341.1973.tb02249.x
- Uman, L. S. (2011). Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(1), 57-59.
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Connors, G. J. (1999). Strategies for Preparing Clients for Treatment. *Behavior Modification*, 23(1), 129-151. doi:doi:10.1177/0145445599231006
- Wormnes, B. (1998). *Hypnosens hemmeligheter i teori og praksis* (1 ed.): Fagbokforlaget.
- Wormnes, B., Dundas, I., & Manger, T. (2008). Placeborespons kan förstärka medicinsk terapi. *Läkartidningen*, 105(50), 3638-3642.